

度同时或交叉存在^[4-5]。目前,针对认知训练的方法大多数采用的是“一对一”的或电脑训练的方法,但其需要的人力、物力、财力比较多,同时比较单一枯燥,患者容易产生厌烦情绪,而终止治疗。RT是通过各种方法、系统和技术,最大程度发掘患者现存技能、激发患者的兴趣,以利于其学习日常生活和完成社区功能所需的新技能,促进失能患者在躯体、认知、情感及社会功能等多方面的恢复^[6]。

本次研究表明,脑卒中患者经过系统的娱乐疗法治疗后,其认知功能情况,神经功能缺陷程度在治疗期的各个阶段及中期随访时与治疗前和同期的对照组比较都有所改善,试验证明我们利用3R(即往事回忆 reminiscence、实物定位 reality orientation 和再激发 remotivation)智力激发试验^[7]原理,根据患者的情况准备一些旧照片、一段怀旧的音乐、一首熟悉的老歌、一本喜欢的书,通过看、听、讨论,帮助回忆过去,勾起患者对从前生活的点滴回忆,能激发患者的思维,稳定患者的情绪和提高记忆力。结合以往的研究,我们认为脑卒中后认知功能障碍的发生与发病后额叶皮质下的功能通路被破坏有关,唱歌可通过增加额叶的血流激活额叶功能从而提高认知水平^[8],通过有目的的组织唱老歌、红色歌曲,可激发患者良好的情绪,振奋精神,利用找回歌词,以促进患者相互交流,调动参与的积极性,提高记忆力。在活动的过程中,有关日期、上下午时间、地点、天气等问题,使患者逐渐形

成时间概念。与患者做一些简易的棋牌游戏,指导患者阅读各种有趣的画报、图书、报纸、杂志,有利于患者改善空间单侧忽略和视空间障碍等。根据患者的爱好选择相应的手工操作,如搭积木、套圈、拼图、丢沙包等,可提高患者的注意力和反应能力。因为样本量的限制,本次研究暂未对脑卒中不同分型、分期及阳性对照组(如加入传统物理疗法、作业疗法的对照组等)做更多分析,可在后续研究中进行前瞻性多水平多因素的临床试验。

参考文献

- [1] 刘书芳,倪朝民.脑卒中后认知障碍的研究进展[J].中国临床康复,2006,6(34):45.
- [2] 李敬诚,周华东,邓娟,等.首次发作脑梗塞患者认知障碍发生率434例分析[J].中国临床康复,2005,9(29):170—171.
- [3] 顾亚萍,王凯.认知功能障碍对偏瘫康复的影响[J].中国康复理论与实践,2004,8(10):492—494.
- [4] 王拥军.脑血管疾病与认知功能障碍[J].中华内科杂志.2005,44(11):872—873.
- [5] 顾亚萍.脑卒中患者认知障碍特征分析及护理干预[J].中华临床护理研究杂志,2004,7(12):1282—1284.
- [6] 朱蕴珏,陈文华,余波,等.浅谈娱乐疗法在脑卒中康复中的应用[J].中国康复理论与实践,2009,2(15):152—154.
- [7] 赵东林.3R智力激发法对AD病人的影响[J].国外医学·物理医学与康复医学分册,1995,16(1):42.
- [8] 姜乾春,胡永善,朱玉连,等.集体娱乐活动对脑卒中患者认知功能的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):258—260.

·短篇论著·

康复治疗对术后食管癌患者生存质量影响的观察

张绍岚¹ 常唐喜¹ 周文君¹ 刘红旗² 孙健²

食管癌(esophageal carcinoma)是常见的一种消化道肿瘤,全世界每年约有30万人死于食管癌,其发病率和死亡率各国差异很大。我国是世界上食管癌高发地区之一,年平均死亡率约为15.9/10万,死因居恶性肿瘤第4位^[1]。食管癌发病年龄多在40岁以上,男性多于女性,我国食管癌发病率男性约为31.7/10万,女性约为15.9/10万。随着医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变,对食管癌患者术后进行合理的康复治疗在医疗工作中起到了越来越重要的作用^[2]。为了评估康复治疗对食管癌患者术后的生存质量变化的影响,本研究采用欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)QLQ-C30

生存质量问卷(中文版)调查食管癌患者术后康复治疗前后生存质量的变化情况,为临床制定适合食管癌患者术后的康复治疗措施提供科学的参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集2008年7月—2009年10月在盐城市第一人民医院胸外科手术的食管癌患者123例,年龄42—85岁,平均(63.7±12.7)岁,其中,<50岁患者36例,50—65岁患者39例,>65岁48例;男性81例,女性42例;文化程度为:小学文

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.12.022

1 盐城卫生职业技术学院,江苏盐城,224005; 2 盐城市第一人民医院
作者简介:张绍岚,女,副教授,副主任医师; 收稿日期:2010-07-26

文化程度 33 例,初中文化程度 44 例,高中及以上文化程度 46 例;根据《外科学》^[3]标准进行临床分期,其中临床Ⅱ期 37 例,临床Ⅲ期 44 例,临床Ⅳ期 42 例。采取随机数字表法,随机分为康复治疗组和对照组,康复治疗组 63 例,对照组 60 例。两组的性别、年龄构成及病程情况差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。康复治疗组除化疗、放疗外,术后第 1 天即开始进行围术期康复指导、呼吸训练、咳嗽训练、运动疗法、心理康复、康复教育等康复治疗;对照组则采用术后常规治疗。

1.2 研究方法

1.2.1 早期康复方法: ①围术期康复指导:术后胸带固定,以不影响呼吸为度,患者取侧卧位,以免限制健侧肺呼吸,头与躯干抬高 30° — 45° ,以免腹腔脏器上顶妨碍横膈运动、压迫肺下部。患者应采取有利于呼吸道分泌物排除的体位,定时翻身、叩背。鼓励患者咳嗽时用手掌按压术侧胸壁,以减少咳嗽时胸痛,促进分泌物排除。保持周围环境空气清新湿润,必要时可做超声雾化吸入。②呼吸训练:术后早期胸部切口疼痛时先进行腹式呼吸,疼痛减轻后改为自然的胸式呼吸,切口拆线后改为胸式深呼吸,以后过渡到吹瓶子、吹气球等有阻力的呼吸运动,以使肺叶充分扩张,防止发生肺不张;为加强肺上部通气,可两手叉腰,充分放松肩带,进行深呼吸;为加强肺下部通气和膈肌运动,可做深呼吸,吸气时尽量高举双上肢,呼气时还原;为加强一侧肺下部通气和膈肌运动,身体屈向对侧,做深呼吸,吸气时尽量高举同侧上肢,呼气时还原。每天 3—5 次,每次 15—20min。③咳嗽训练:术后要鼓励患者咳嗽,采取有利于分泌物排出的体位。用手按压术侧胸壁,吸气时两手放松,咳出时再紧按胸部,以减少术侧胸部的震动;如有引流管,咳嗽前要夹住引流管。咳嗽可使肺叶扩张,排出残腔内气体、液体,帮助建立胸腔负压。叩打患者背部或振动、摇动,会有助于呼吸道分泌物的排出。每天 3 次,每次 5—10min。④运动疗法:术后卧床期间多应做下肢活动,防止下肢静脉血栓形成;体力有所恢复后,应尽早下地活动,作呼吸体操或全身体操,并进行步行、登梯等活动,以加大肺通气量,改善全身状态。每次 20—30min,每天 1—2 次。

1.2.2 心理辅导:针对食管癌远期并发疼痛、腹泻、睡眠障碍、抑郁等症状进行教育、讲解或辅导、治疗,减轻患者的心理压力;设立食管癌患者咨询热线,随时对患者的问题进行解答和指导;邀请长期生存的食管癌患者进行“现身说法”,使患者之间有相互交流的平台;同时积极运用支持心理治疗等手段保护和增进患者的期望和信心。

1.3 问卷调查

对所有的研究对象分别于治疗前和治疗后进行问卷调查,调查前给患者阐明调查的意义和方法,使其主动参与并充分理解,求得合作。第一次调查时间在治疗前的 1—3 天内完成。问卷的内容主要包括:①一般情况:患者的性别、年龄、职业、文化程度、婚姻状况及临床分期等资料。②生存质量

表:采用 EORTC 开发的“癌症患者生存质量测定量表”体系中的核心量表,即 EORTC QLQ-C30,对所有癌症患者的生存质量进行测定。该量表具有良好的信度、效度及反应度。它由 30 个条目组成,可分为 15 个领域,计有 5 个功能领域(躯体、角色、认知、情绪和社会功能)、3 个症状领域(疲劳、疼痛、恶心呕吐)、1 个总体健康状况和 6 个单一条目(气促、失眠、食欲丧失、便秘、腹泻和经济困难)。采用极差化方法进行线性变换,将各项原始分转化为在 0—100 内取值的标准化得分,其中对于功能领域和总体健康状况领域得分越高说明功能状况和生存质量越好,对于症状领域得分越高表明症状或问题越多,则生存质量越差^[4]。

第二次调查在康复治疗 2 个月后进行。所有问卷由专人管理和调查。收到问卷时对不符合要求的和不完整的及时再次访问,并将访问结果记到问卷中。所有问卷均收回,符合评价标准,无缺项目,并随机复查 35 份问卷以保证结果真实可靠。

1.4 统计学分析

两组对比采用独立样本的 t 检验,康复治疗组和对照组治疗前后比较用配对 t 检验,应用 SPSS13.0 统计软件进行统计学处理,对食管癌患者康复治疗前后的生存质量调查结果进行分析,调查结果用均数±标准差表示。上述分析采用双侧检验,以 $\alpha=0.05$ 为统计学显著性意义水准。

2 结果

康复治疗组和对照组比较结果见表 1。两组治疗前功能领域、症状领域等指标经 t 检验, $P>0.05$,无显著差异,说明两组具有可比性。

康复治疗组和对照组治疗后角色、疲劳、疼痛评分有显著差异($P<0.05$),说明康复治疗后上述领域的指标得到明显改善;对照组治疗前后研究指标经 t 检验,均无显著性意义($P>0.05$)。

3 讨论

3.1 食管癌患者早期康复治疗有助于促进患者的术后康复

食管癌是癌症中对生存质量影响最大的疾病之一^[5]。目前,手术仍为早、中期食管癌的主要治疗手段,但手术往往直接涉及胸腔、腹腔而引起呼吸功能减弱。麻醉过程中气管插管可使气管内纤毛运动减弱,分泌物黏稠,可与插管时的黏膜损伤出血混在一起,滞留于气管内,若不及时排除,可能引起肺不张、肺部感染、胸腔积液及进一步影响吻合口愈合^[6]。王方霞^[7]等对 36 例食管癌患者的研究表明,康复训练与人性化沟通能促使患者术后及时有效的自主咳嗽、排痰,缩短住院天数,减轻患者及其家庭的身心痛苦与经济负担。患者诊断为癌症后,身心都将经受多方面的冲击,不可避免地产生心理障碍,影响着患者康复。有学者对 54 例食管癌围手术期

表1 康复治疗组和对照组治疗前后 QLQ-C30 生存质量问卷(中文版)评价情况

($\bar{x} \pm s$)

领域	康复治疗组			对照组		
	治疗前	治疗后	P 值	治疗前	治疗后	P 值
功能领域						
躯体	81.3±26.9	83.3±23.4	0.6569	80.1±28.3	81.2±26.1	0.8218
角色 ^①	75.4±21.9	85.3±17.9	0.0063	76.5±22.3	76.8±20.3	0.9387
认知	70.6±24.3	71.6±22.8	0.8121	72.7±23.4	71.6±22.4	0.7930
情绪	64.8±23.1	72.7±19.9	0.0418	66.7±20.6	67.7±20.9	0.7923
社会	63.4±14.8	65.2±18.1	0.5423	65.2±13.7	67.1±15.7	0.4814
症状领域						
疲劳 ^①	24.9±7.5	21.4±7.6	0.0104	26.7±6.8	24.7±6.2	0.0949
疼痛 ^①	20.6±6.2	18.2±5.4	0.0221	21.7±7.2	20.3±6.2	0.2560
恶心呕吐	19.3±5.7	17.0±4.8	0.0157	19.7±6.1	18.6±5.1	0.2861
气促	14.6±5.5	13.7±4.5	0.3167	15.1±5.3	14.4±4.3	0.4285
失眠	20.5±6.0	18.3±5.5	0.0339	20.8±6.2	19.2±6.0	0.1535
食欲丧失	24.3±5.9	21.5±5.7	0.0077	24.1±5.3	23.0±4.8	0.2358
便秘	17.0±5.5	15.8±4.5	0.1826	16.0±4.9	16.1±4.6	0.9084
腹泻	11.4±2.8	10.9±2.9	0.3268	12.4±3.1	11.7±2.8	0.1968
经济困难	39.8±12.2	41.4±10.9	0.4391	40.3±13.4	42.8±12.4	0.2910
总体状况	71.3±22.9	82.4±20.1	0.0045	73.6±23.8	77.3±22.8	0.3863

①两组治疗后角色、疲劳、疼痛评分比较 $P < 0.05$

患者心理状况进行调查,证实食管癌手术患者的心理健康状态较差,特别是术前陌生的住院环境、诊断是否明确、手术是否成功等担心是引起焦虑、恐惧的主要原因,导致进食感觉更加困难^[8]。食管癌患者术后由于胃肠道功能减弱,致使放疗、化疗的胃肠道副反应较其他恶性肿瘤反应重,一部分患者术后恢复相当慢,甚至几个月、一年都不能恢复到放疗、化疗前的水平,当然也难以继续接受进一步治疗,所以食管癌切除术后康复显得比其他肿瘤更加重要、迫切。特别是术后的早期康复治疗,不仅有利于心、肺、胃肠功能的恢复,减少肺部感染等并发症,而且缩短了住院天数,本组患者与同期同类患者比较,平均住院天数减少了 2.5 天。

3.2 食管癌患者术后康复治疗提高了生存质量

本研究所采用多种康复治疗方式对患者是有效的:①定期和(或)不定期为患者讲解食管癌相关知识;②发放食管癌相关知识的宣传册;③安装食管癌患者康复咨询电话;④邀请长期生存食管癌患者介绍康复经验;⑤积极运用术后早期康复、恢复期康复、心理康复等手段保护和增进患者的期望和信心,鼓励从事适当的社会工作。研究结果显示,食管癌患者术后进行康复治疗后,角色、情感、社会功能领域和总体健康得分高于治疗前($P < 0.05$),即治疗后上述领域的功能得到明显提高;同时,疲乏、疼痛、恶心、呕吐、失眠及食欲丧失等症得分则低于治疗前($P < 0.05$),即康复治疗后上述症状得到明显改善;而其他功能领域和症状得分治疗前后差异没有显著性意义。说明在食管癌患者术后通过康复治疗,同时配合药物治疗可以提高患者生存质量,特别是能改善社会功能、角色功能和情感功能,同时减少疲劳、失眠和疼痛症状。

经半年随访观察,63 例经术后康复治疗的患者恢复良好。本研究也提示,国内外学者所报道的良好的生存质量有助于提高肿瘤患者的生存率^[9]。本研究对食管癌患者术后康复治疗观察随访的时间较短,病例数也不够多,还需要继续全面观察康复治疗对食管癌患者术后远期生存质量的影响。

参考文献

- [1] 邹小农.食管癌流行病学[J].中华肿瘤防治杂志,2006,13(18):1—4.
- [2] 钟就娣,王群芳,冯桂荣.食管癌术后患者的康复健康教育[J].家庭护士,2008,6(9):2525—2526.
- [3] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008.349—353.
- [4] 万崇华,陈明清,张灿珍,等.癌症患者生存质量测定量表 E-ORTC QLQ-C30 中文版评介 [J]. 实用肿瘤杂志,2005,20(4):353—355.
- [5] 付茂勇,赵雍凡.食管癌患者生存质量测评的现状[J].中国胸心血管外科临床杂志,2003,10(1):54—57.
- [6] 丁晔.食管癌患者术后主要并发症的原因及护理[J].实用临床医药杂志,2006,2(3):42—43.
- [7] 王万霞,宋丽萍.康复训练在食管癌根治术后的效果评价[J].蚌埠医学院学报,2006,31(6):669—670.
- [8] 张丽君.食管癌患者围手术期心理反应调查及护理对策[J].实用诊断与治疗杂志,2005,19(7):544—545.
- [9] Blazeby JM, Brookes ST, Alderson D. The prognostic value of quality of life scores during treatment for esophageal cancer [J]. Gut, 2001, 49(2): 227—230.